

Contrato de Admisión & Evaluación de Salud del Niño

Nombre del Niño: _____ Fecha de Matriculación (mes/día/año) _____
 Sobrenombre/apodo: _____ Fecha de nacimiento: (mes/día/año) _____ Marque uno: **Niño Niña**
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Nombre de la Madre/Tutora: _____ Teléfono: _____
 Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____
 Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____
 Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Contactos de Emergencia (Aparte de los Padres) y Personas Autorizadas a Recoger al Niño

Nombre	Relación con el Niño	Dirección	Numero de Teléfono
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene contactos de emergencia, aparte de los padres. <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene personas autorizadas para recoger al niño, aparte de los padres.			
Nombre de un Contacto Fuera del Área/Estado (Si hay disponible)	Relación con el Niño	Dirección	Numero de Teléfono
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no hay un contacto fuera del área/estado disponible.			

Permisos Otorgados por uno de los Padres/Tutores:

En caso de emergencia o una enfermedad seria, cuando los padres no puedan ser contactados de inmediato, yo por medio de la presente autorizo a la proveedora a obtener cuidados médicos de emergencia y/o proveer transportación médica de emergencia para mi niño.

Firma de uno de los Padres o Tutores _____
Fecha (mes/día/año)

Por medio de la presente otorgo permiso a la proveedora de transportar a mi hijo/a en su vehículo (opcional):

A y De la Escuela En Paseos Otro: _____

Firma de uno de los Padres o Tutores _____
Fecha (mes/día/año)

(Vea la hoja al reverso para la Evaluación de Salud requerida)

Esta forma es proveída con propósitos de asistencia técnica únicamente. Las proveedoras pueden usar esta forma si así lo desean, pero **no** es un requisito usarla.

Evaluación de Salud del Niño
Favor de Escribir Claramente

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: (mes/día/año) _____

Marque Todo lo que Aplique

¿Tiene su niño/a alguna alergia conocida o sensibilidades a...

No Si En caso de que si, favor de listar:

Medicinas? _____

Comidas? _____

Otro? _____

Enfermedades o Condiciones Médicas

¿Tiene su niño/a algo de lo siguiente?

	No	Si		No	Si
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retrasos en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques Repentinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impedimentos Físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Comportamiento o Emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____		

Favor de compartir información de salud adicional o instrucciones especiales que usted sienta que debemos saber:

Escriba cualquier medicina regular que su niño tome: _____

El nombre del Proveedor Medico del niño/a: _____

Firma de uno de los Padres o Tutores

Fecha (mes/día/año)

Esta forma debe llenarse por cada niño registrado, al igual que revisarse y actualizarse **anualmente** por uno de los padres/tutores.

Fecha de revisión/actualización: (mes/día/año) _____ **Firma del Padre/tutor:** _____

Fecha de revisión/actualización: (mes/día/año) _____ **Firma del Padre/tutor:** _____

Fecha de revisión/actualización: (mes/día/año) _____ **Firma del Padre/tutor:** _____

Esta forma es proveída con propósitos de asistencia técnica únicamente. Las proveedoras pueden usar esta forma si así lo desean, pero **no** es un requisito usarla.